

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт физической культуры
Кафедра теоретических основ физического воспитания

**Развития физических качеств у детей старшего дошкольного
возраста средствами оздоровительной физической культуры**

Выпускная квалификационная работа

Выпускная квалификационная работа
допущена к защите

Зав. кафедры теоретических основ
физического воспитания

дата И.Н. Пушкарева

Руководитель ОПОП

дата И.Ю. Ваганова

Исполнитель:

Иванова Александра Юрьевна,
студентка 41 группы
очного отделения

дата А.Ю. Иванова

Научный руководитель:

Русинова Мария Павловна
кандидат педагогических наук,
доцент кафедры теоретических
основ физического воспитания

дата М. П. Русинова

Екатеринбург 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	
1.1. Понятие оздоровительной физической культуры.....	
1.2. Анатомо-физиологические особенности детей старшего дошкольного возраста.....	
1.3. Методика проведения оздоровительных занятий в доу.....	
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	
2.1. Организация исследования.....	
2.2. Методы исследования.....	
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Современный этап развития общества характеризуется значительным развитием научно-технической сферы. С одной стороны жизнь современного человека становится значительно проще, а с другой, появление технических новшеств приводит к снижению двигательной активности. Это негативным образом сказывается на здоровье людей, в первую очередь детей. В связи с этим, особую актуальность приобретают здоровьесберегающие технологии. Одним из важных элементов здоровьесберегающих технологий является процесс закаливания. Известный еще с древних времен, в современном обществе он приобретает особое значение, способствуя укреплению иммунитета и общего самочувствия.

Процесс закаливания основан на терморегуляторных свойствах организма, он включает в себя процедуры с использованием энергии солнца, воды, воздуха. Большое значение процедуры закаливания имеют в младшем возрасте, когда организм до конца еще не сформирован и в наибольшей степени подвержен влиянию среды.

Регулярное применение процедур закаливания будет способствовать повышению сопротивляемости организма к таким заболеваниям как тонзиллиты, риниты, бронхиты, ларингиты, диспепсиям различного характера и другим. Процедуры закаливания могут проводиться как в дошкольном образовательном учреждении, так и в семье. Алгоритм их проведения достаточно прост и не требует ни специального оборудования, ни специальных медицинских навыков [30].

Объект: учебно-воспитательный процесс в дошкольном образовательном учреждении

Предмет: средства оздоровительной физической культуры

Цель: выявить и обосновать необходимость использования средств оздоровительной физической культуры в процессе развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста.

Задачи:

1. Рассмотреть понятие оздоровительной физической культуры
2. Изучить анатомо-физиологические особенности старшего дошкольного возраста
3. Проанализировать методику проведения оздоровительных занятий в ДОУ
4. Экспериментально доказать эффективность оздоровительной физической культуры в процессе развития основных физических качеств у детей старшего дошкольного возраста.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 67 источников и 11 приложений.

ГЛАВА 1. Обзор литературы по проблеме исследования

1.1. Понятие оздоровительной физической культуры

Здоровье – состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни [35].

По определению Всемирной организации здравоохранения понятие «здоровье» означает отсутствие болезни в сочетании с полным физическим, психическим и социальным благополучием. Физическая культура может решить задачи профилактики заболеваний, т.е. обеспечить физическое благополучие.

Современная концепция здоровья позволяет выделить его основные составляющие – физическую, психологическую и поведенческую.

Физическая составляющая включает в себя уровень роста и развития органов и систем организма, а также текущее состояние их функционирования. Основой этого процесса являются морфологические и функциональные преобразования и резервы, обеспечивающие физическую работоспособность и адекватную адаптацию человека к внешним условиям.

Психологическая составляющая – представляет собой состояние психической сферы, определяющееся мотивационно-эмоциональными, мыслительными и нравственно-духовными составляющими. Его основой является состояние эмоционально-когнитивного комфорта, которое обеспечивает умственную работоспособность и адекватное поведение человека. Подобное состояние обуславливается как биологическими, так и социальными потребностями, а кроме того возможностями удовлетворения данных потребностей [3, 4].

Поведенческая составляющая – внешнее проявление состояния человека. Оно выражается в умении общаться и степени адекватности

поведения. В основу включается жизненная позиция (пассивная, активная, агрессивная) и межличностные отношения, определяющие адекватность взаимодействия с окружающей средой (социальной и биологической) и способность эффективно трудиться.

Оздоровительная физическая культура - это культура, направленная на укрепление всех функций организма [20]. Оздоровительная физическая культура делится на лечебную физическую культуру (ЛФК) и гигиеническую физическую культуру.

К гигиенической физической культуре - относится утренняя гигиеническая гимнастика. Гигиена тела, обуви, одежды, помещений, соблюдение режима дня, сна, питания[33].

Дошкольный возраст охватывает период жизни от рождения до 7 лет. Именно в этот период происходит наиболее интенсивный рост и развитие важных систем организма и их функций, закладывается база для всестороннего развития духовных и физических способностей. Данный возраст больше подходит для закаливания организма, овладения элементарными жизненно необходимыми двигательными умениями, гигиеническими навыками и т.д.

В младшем дошкольном возрасте движения у малышей несовершенные, неточные, сознательное управление движениями еще ограничено. У детей этого возраста замедленная реакция. На третьем и четвертом году жизни заметно расширяется двигательный опыт ребенка и развивается произвольность управления движениями. К 3 годам формируется умение бросать и ловить мяч, бегать и прыгать с места, лазать по гимнастической лестнице. В этом возрасте дети способны последовательно выполнять несколько двигательных действий подряд, изменять направление движения и подчиняться заданному темпу [20].

С возрастом количество движений у детей увеличивается. Дети должны двигаться не менее 50—60% всего периода бодрствования. Интенсивность двигательной активности — среднее количество движений в

минуту — составляет примерно 38—41 у детей 2 лет, 43—50 — 2,5 лет, 44—51 — 3 лет. Это значит, что разовая продолжительность движений очень мала — в среднем от нескольких секунд до 1,5 мин. Детям свойственна частая смена движений и поз — до 550—1000 раз в день, благодаря чему происходят поочередное напряжение и отдых различных групп мышц, поэтому дети и не устают [23].

В среднем возрасте (4-5 лет) двигательная сфера ребенка характеризуется позитивными изменениями мелкой и крупной моторики. Развивается ловкость, координация движений, дети хорошо сохраняют равновесие, перешагивают через небольшие преграды, усложняются игры с мячом [33].

В этом возрасте движения ребенка становятся значительно разнообразнее, так как расширились возможности опорно-двигательного аппарата. Дети лучше ориентируются в пространстве. На пятом году жизни движения становятся точнее и энергичнее.

Как показывают исследования, в старшем дошкольном возрасте (6-7 лет) отмечается бурное развитие и перестройка в работе всех физиологических систем организма ребенка: нервной, сердечнососудистой, эндокринной, опорно-двигательной. Организм дошкольника развивается очень интенсивно. Ребенок быстро прибавляет в росте и весе, изменяются пропорции тела. На протяжении первых семи лет у него не только увеличиваются все внутренние органы, но и совершенствуются их функции [35].

Основной частью всестороннего развития ребенка считается физическое воспитание путем оздоровительной физической культуры. Наиболее общими задачами для детей дошкольного возраста являются:

1. Оздоровительные задачи:
 - Повышение сопротивляемости организма к влиянию окружающей среды по средствам его закаливания. При помощи разумно дозируемых оздоровительных факторов природы (водные, воздушные, солнечные

процедуры) защитные силы организма ребенка существенно возрастают. При этом повышается сопротивляемость простудным заболеваниям (ОРВИ, ОРЗ, ларингиты и др.) [7].

- Укрепление опорно-двигательного аппарата и формирование правильной осанки то есть удерживания рациональной позы во время всех видов деятельности. Важно уделять внимание укреплению мышц стопы и голени, предупреждая развитие плоскостопия, которое способно значительно уменьшить двигательную активность ребенка.
- Содействие повышению функциональных возможностей вегетативных органов. Активная двигательная деятельность ребенка позволяет укрепить сердечно-сосудистую и дыхательную системы, улучшить обменные процессы в организме, оптимизировать пищеварение и терморегуляцию, предупредить застойные явления и т. д.
- Воспитание физических способностей (скоростных, координационных и выносливости). В дошкольном возрасте процесс воспитания физических способностей не должен являться специально направленным по отношению к каждому из них. Наоборот, на основе принципа гармонического развития следует так подбирать средства, менять деятельность по содержанию и характеру и регулировать направленность двигательной активности, чтобы обеспечивалось комплексное воспитание всех физических способностей[12].

2. Образовательные задачи:

- Формирование основных жизненно важных двигательных умений и навыков. В дошкольном возрасте вследствие высокой пластичности нервной системы достаточно легко и быстро происходит усвоение новых форм движений.
- Формирование устойчивого интереса к занятиям физической культурой. Прежде всего, необходимо обеспечить посильность заданий, успешное выполнение которых позволит стимулировать детей на более высокую активность. Постоянная оценка выполненных заданий, внимание и поощрение способствуют выработке положительной мотивации к систематическим занятиям физическими упражнениями.
- В процессе занятий необходимо сообщать детям элементарные физкультурные знания, развивая их интеллектуальные способности. Это

позволит расширить их познавательные возможности и умственный кругозор [1].

Воспитательные задачи

3. Воспитание морально-волевых качеств (решительности, честности, смелости, настойчивости и др.).
- Содействие умственному, нравственному, эстетическому и трудовому воспитанию.
- Оздоровительные, образовательные и воспитательные задачи, хотя и являются относительно самостоятельными, на самом деле теснейшим образом взаимосвязаны, и должны решаться в обязательном единстве, в комплексе. Только в данном случае ребенок приобретает необходимую базу для дальнейшего всестороннего, не только физического, но и духовного развития[36].

Одним из ярких примеров оздоровительной физической культуры является различные методики закаливания.

Закаливание – это активный процедура, представляющий комплекс способов стимуляции скрытых резервов защитных сил организма, их улучшения, гибкости, универсальности. Это формирование условного рефлекса на какое либо раздражение. Таким образом, это тренировочный процесс, построение которого для достижения максимального конечного результата должно быть подчинено определенным физиологическим законам, лежащим в основе механизма формирования условного рефлекса. Закаливающий эффект (закаленность) достигается регулярным, неоднократным влиянием определенного закаливающего фактора и постепенным увеличением его дозировки. Закаленность специфична, так как определяется постепенным понижением восприимчивости организма только к воздействию закаливающего фактора (при воздействии холодом – к холоду, теплом – к теплу) [37].

Основные принципы закаливания детского организма созданы в начале XX в. Г. В. Сперанским и заключаются в следующем [58]:

- выбор метода закаливания зависит от погодных условий региона проживания (на севере – к холоду, на юге – к жаре, в горах – к пониженному атмосферному давлению);
- закаливание надлежит проводить путем комплексного влияния естественных условий (воздуха, солнца, воды и т.п.);
- проводить закаливание допускается только при полном здоровье (организм в состоянии выраженного напряжения адаптационных механизмов или дизадаптации не может адекватно реагировать на внешние воздействия);
- проведению закаливающих влияний должен сопутствовать положительный эмоциональный настрой (вынужденное закаливание, сопровождаемое плачем и криком является безуспешным занятием);
- закаливание должно проводиться с соблюдением индивидуальных особенностей состояния здоровья и степени закаленности организма. При проведении закаливающих мероприятий в дошкольных образовательных учреждениях всех детей необходимо разделить на группы по состоянию здоровья:
 - ✓ 1 группа – дети без ограничений по комплексу закаливающих процедур (здоровые, ранее закаливаемые);
 - ✓ 2 группа – дети с ограниченным объемом закаливающих мероприятий (здоровые дети, впервые приступающие к закаливающим процедурам, либо дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья);
 - ✓ 3 группа – дети, которым в условиях массового проведения закаливающие мероприятия противопоказаны (с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации или в периоде реконвалесценции после острых заболеваний);
- процедура закаливания должна проводиться регулярно (при нарушении регулярности терморегуляционный рефлекс слабеет и примерно через неделю устойчивость организма к холодовому воздействию снижается);
- необходимо последовательное применение закаливающих действий (к водным процедурам можно приступать после того, как ребенок привык к воздушным, вызывающим меньшее напряжение в организме и т. д.).

- на необходимость непрерывности влияния закаливающих мероприятий (процесс закаливания не должен прерываться на продолжительное время, а промежутки отдыха между нагрузками должны быть наименьшими);
- на обязательность повторяющихся охлаждений закрытых участков тела;
- на проведение закаливания в активном двигательном режиме, т. е. при мышечной работе. Насыщенная мышечная деятельность, способствует усиленную теплопродукцию, возмещает вызванную охлаждением теплоотдачу, что дает возможность выдерживать более сильное холодовое раздражение без всякого вреда для организма [57].

Планирование закаливающих мероприятий исходит из **режима закаливания:**

– *начальный* – тренировка информационной функции организма и последующее ее улучшение;

– *оптимальный* – тренировка физической и химической терморегуляции. Данный период можно охарактеризовать более продолжительным и более глубоким воздействием закаливающих мероприятий, их разнообразием по составу и точкам применения [61].

Положительная ответная реакция детского организма является показателем переносимости нагрузки холодом на организм. Появление дрожи, «гусиной кожи», побледнения кожных покровов является показателями чрезмерного повышения силы раздражителя.

Нужно знать, что организм разнообразно реагирует на термические воздействия на протяжении суток. Наиболее тяжело они воспринимаются от 2 ч ночи до 5 ч утра и от 12 до 14 ч дня; легко – от 8 до 12 ч утра и от 15 до 17 ч дня. Проведение закаливающих мероприятий без учета данного фактора может вызвать ослабление, и даже срыв защитных и приспособительных реакций организма.

Для закаливания детей в условиях имеющегося режима дня в дошкольных образовательных учреждениях выделено время от окончания дневного сна до полдника (т.е. с 15.45 до 16.00), причем общепризнанными

проверенными способами укрепления здоровья детей в дошкольных образовательных учреждениях являются и непродолжительные воздействия, чаще всего проводимые в летнее время. Изучение этого вопроса в дошкольных образовательных учреждениях открыло ряд немаловажных недочетов [62].

Отведенное режимом дня детского сада время (45 минут) для проведения закаливающих мероприятий на деле сокращено до 15–20 минут в следствии больших затрат на разнообразные подготовительные и заключительные процессы: гигиенические мероприятия, уборку постелей, инструктаж и организацию закаливающих процедур, приготовление к полднику и т. д. Конечно, за 15-20 мин провести закаливающие процедуры с группой в 20–25 человек часто особенно без помощника воспитателя невозможно, в следствии чего и их качество оставляет желать лучшего. Нехватка времени вынуждает изыскивать формы специального закаливания наименьшие по затратам, которые вследствие этого бывают настолько примитивны, что существенно снижают заложенное в них содержание[65].

Хорошим примером этому может служить методика рижского закаливания. Она состоит в следующем: на дно длинной металлической ванны насыпается мелкая галька, ванна наполняется морской водой (или 1–2% раствором поваренной соли) так, чтобы покрыть лодыжки ребенка. Ежедневно дети ходят по гальке в течение 2 мин, потом ополаскивают ноги в обычной воде. Вначале температура воды в ванне должна быть 36°, а затем постепенно доводится до 23–24° для 3–4-летних детей, до 20° – для 5-летних и до 18° – для 6–7-летних.

Примитивность рижского метода заключается в проведении закаливающих мероприятий. В течение 1-2 минут дети перекатываются с пятки на носок на специальном резиновом массажном коврике для укрепления свода стопы и профилактики плоскостопия. После чего на резиновом коврике раскладывают полоску ткани шириной 0,5×2 метров, смоченную 10 % раствором поваренной соли. Детям следует потоптаться 3–

4 минуты на смоченном коврикe и затем 1–2 минуты на сухом. После чего проводят полоскание рта и носоглотки «гарганьем» 5 % раствором поваренной соли комнатной температуры в объеме 1/3 стакана. Бульканье должно быть как можно дольше. После завершения процедуры моют лицо, шею, руки водой комнатной температуры 15–20 с и растираются сухим полотенцем до легкого порозовения кожи [57].

Последующее упрощение метода связано с заменой резиновых массажных ковриков грубой мешковиной, иногда несколькими массажерами для стоп, а из-за недостатка времени и отсутствия инвентаря, с уменьшением времени процедуры до 1–2 минут, вместо положенных 7–8 минут.

По сути, данная процедура только называется методом, но не является закаливающим мероприятием.

В предложенной нами схеме закаливание детей в дошкольном образовательном учреждении рассматривается с трех позиций:

- бытовое – оздоровительные начала бытовых режимных процессов, т. е. соответствующая организация быта детей;
- закаливающие мероприятия во время активной игровой деятельности, сна и других режимных мероприятий – использование преимуществ двигательной активности, организационно регулируемых состояний для увеличения эффективности закаливающих воздействий;
- специальные закаливающие занятия, приводящиеся во время или после разнообразных режимных мероприятий [59].

Окружающая среда – сильнейший фактор закаливания, однако для того, чтобы он стал таковым для определенного человека, необходимо уметь выделять определенные параметры, вводить их в повседневную деятельность ребенка. Данные возможности – на каждом шагу, необходимо лишь воспитателю направить мысли на их поиск и воплощение.

Закаливающие мероприятия бытового плана сопровождают ребенка на каждом шагу.

Умывание – это не только гигиеническая, но и при определенной организации хорошая закаливающая процедура. Во-первых, необходимо умываться водой комнатной температуры (18–20°) и даже теплой при каждом удобном случае. Закаливающее обмывание, включающее в себя омовение лица, шеи и рук до локтя, должно проводиться не только до и после ночного и дневного сна, но и при каждом гигиеническом мытье рук. В последнем случае руки моются с мылом, а лицо и шею только ополаскивают водой. Во-вторых, после мытья кожа лишь слегка вытирается, а затем подлечит естественному обсыханию, так как сам процесс испарения оставшейся влаги приводит к охлаждению испаряющей поверхности, превращая его в закаливающее холодное воздействие [56].

Полоскание рта и горла водой понижающейся температуры, как это рекомендуют некоторые методические пособия, также вызывает у нас ряд возражений.

Во-первых, не существует такого понятия как «полоскание горла», несмотря на широкое его использование педиатрами. Это убедительно доказал А. Н. Керимов, показавший, что даже маленькие капли воды, попадающие при полоскании рта за небные дужки, тут же вызывают их отхаркивание за счет рвотного рефлекса с миндалин или заглатываются. Поэтому не может идти речи о «промывании миндалин» даже при самом глубоком полоскании горла («гарганье»). Это лишь более глубокое полоскание полости рта [19].

Во-вторых, полоскание горла 5 % раствором поваренной соли не находит логического объяснения и превращается в пытку для ребенка. В педиатрии существует лечебный прием при ангинах, особенно лакунарных, с большим количеством гнойных пробок в миндалинах, связанный с полосканием горла гипертоническим «крутым» раствором поваренной соли, который способствует отторжению гнойного содержимого миндалин. В условиях отсутствия этого гнойного содержимого использование в профилактических целях слабого раствора поваренной соли не имеет смысла.

В-третьих, нормирование температуры воды для полоскания рта и горла с учетом ее постепенного снижения нереально в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Предлагаем следующую *методику закаливающего полоскания рта*. Проводится оно после каждого приема пищи. Для полоскания дети набирают 2/3 стакана холодной водопроводной воды, в течение 10–15 с, 2–3 раза меняя воду, хорошо полощут рот, а затем 2–3 раза по 5–7 с производят полоскание горла [10].

Детям полезен дневной сон летом на свежем воздухе, зимой – в хорошо проветренном помещении при температуре +15 +16°.

Прогулка необходима 2 раза в день при температуре до –15° продолжительностью 2–3 часа до обеда и 1–1,5 часа – после обеда, а в летнее время солнечные ванны от 5–6 до 8–10 минут 2–3 раза в день (пребывание в тени не ограничивается).

Рекомендуем применять пульсирующий микроклимат не только во время физических и оздоровительно-игровых занятий, но и при каждом удобном случае, позволяющем оказывать воздействие контрастными температурами воздуха [10].

Пульсирующий микроклимат создается по средствам интенсивного проветривания помещений во время дневного сна, перед занятием до температуры воздуха в них на 3–5° ниже температурной нормы (20–22°); через 2–3 недели можно увеличить до 6–8° и поддерживать на этом уровне еще в течение 2–3 недель. Если все дети хорошо переносят эти колебания, амплитуду их увеличивают до 9–10°. Закрытие фрамуг должно производиться за 15 мин до подъема детей.

Контрастные воздушные ванны, создаваемые пульсирующим микроклиматом, особенно хороши весной и осенью, когда разница температур на улице и в помещении не более 10–15°. В этом случае игровой час можно проводить при массивном оконном проветривании, надев на детей

более теплую одежду. В летнее время оптимальный вариант создания пульсирующего микроклимата – использование кондиционеров [6].

Наиболее простыми способами создания пульсирующего микроклимата являются:

- смена помещений солнечной стороны на теневую и наоборот;
- использование теплозащитных свойств одежды: одеться потеплее, чтобы вспотеть, затем, часа через 1,5–2, снять лишнюю одежду и так повторять несколько раз в течение дня;
- в переходные периоды года, при температуре наружного воздуха от 0 до 10°, открыть окно, подвести к нему детей и подышать свежим воздухом 1–2 мин, повторяя так несколько раз в день. При этом помнить – никаких сквозняков! Сквозняки никакого отношения к пульсирующему микроклимату и воздушному душу не имеют [9].

В настоящее время ведущим способом закаливания детей в дошкольных образовательных учреждениях являются воздушные ванны и хождение босиком, так как они имеют возможность разнообразить формы и методы их применения, позволяют реализовать наиболее важный вид закаливания – замедленное холодовое воздействие.

Во время проведения игрового часа *основными закаливающими процедурами* являются:

1. *Пульсирующий микроклимат*, создающийся за счет периодического перемещения играющих из более теплого помещения в более холодное и наоборот;

2. *Хождение босиком* как метод механического и термического точечного массажа стоп, рефлекторно улучшающего деятельность сосудов верхних дыхательных путей;

3. *Дыхательная гимнастика* в сочетании с гидроаэроионизацией и аерацией помещений биологически активными веществами с использованием бытовых увлажнителей воздуха;

4. *Воздушный душ* потоком воздуха от настольных вентиляторов маятникового типа для выработки устойчивости к сквознякам [19].

Занятия проводятся с детьми, одетыми в трусики и маечки-безрукавки. Облегченная форма одежды используется при воздушных ваннах в условиях пульсирующего микроклимата.

После игрового часа основными видами закаливающих мероприятий являются специальные ***водные процедуры***. Они проводятся:

- только с детьми с нормальным тепловым самочувствием и позитивным эмоциональным настроением к проведению;
- при обязательном поддержании соответствующего температурного режима;
- в условиях постепенной адаптации ребенка к закаливанию за счет нормирования его температуры или времени воздействия [14].

Недостатком в организации группового закаливания после игрового часа считается организация проведения водных мероприятий. Они носят индивидуальный характер и проводятся под контролем воспитателя и его помощника. В среднем на одного ребенка затрачивается от 1 до 3 мин. Проблема заключается в том, что не ясно чем занять в это время остальных детей. Для решения этой проблемы можно поступать следующим образом. Пока один из воспитателей проводит игровой час, его помощник параллельно приступает к проведению специальных закаливающих процедур, забирая детей по очереди из группы. После процедуры одетые в колготки и рубашки дети включаются в организованные, а затем самостоятельные игры, а раздетые идут на процедуру. Такой порядок дает возможность держать раздетых после сна детей в активном двигательном режиме за счет организованных игр, не давая им переохладиться до проведения закаливающей процедуры [9].

Обычные ножные ванны – один из вариантов заключительной части игрового часа. Они несут и санитарную, и оздоровительную функции.

Состояние верхних дыхательных путей, слизистой оболочки носа, носоглотки зависит от степени охлаждения стоп. Еще в 1899 г. известный русский физиолог И. Р. Тарханов указывал в своей работе «О закаливании человека», что «искусственными мерами постепенного отучения ног от холода мы довели их до высокой чувствительности к холоду, благодаря чему с них легче всего студится большинство людей» [12].

Нельзя признать рациональность методики нормирования силы раздражающего фактора при проведении обычных ножных ванн с ежедневным понижением температуры на 1, как это рекомендуется большей частью известных пособий. При массовом проведении данного мероприятия в группе очень сложно выдержать температуру воды с точностью до 1.

Предлагаем другой путь – нормировать нагрузку не температурой, а продолжительностью ее воздействия, изменяя длительность ножных ванн при примерно постоянной температуре воды от 15–20 °C до 2–3 минут, еженедельно повышая время проведения данной методики на 7–10 с.

При приеме ванн вода должна покрывать щиколотки ног. Полезно сочетать прием ножной ванны с точечным массажем стоп, лучше всего воспроизводимым при хождении по галечной дорожке [20].

Важное условие проведения таких ванн – ноги ребенка перед процедурой должны быть теплыми, так как если они холодные, закаливающего эффекта не достигается из-за слабо выраженной реакции сосудов.

После предварительного курса обычных ножных ванн, ближе к зиме, рекомендуется переходить к контрастным ножным ваннам по несколько видоизмененной нами методике их проведения.

Изменение методики связано с тем, что поддержание контраста температуры холодной и горячей воды в условиях детского сада трудноосуществимо. Этот вариант удобен в домашних условиях. При работе с группой детей предпочтение отдается поддержанию контраста за счет длительности воздействия. Ее легко нормировать [7].

Для проведения этой процедуры нужны два ведра или другие емкости с насыпанным на дно крупным гравием или галькой. В одном ведре горячая вода, в другом – вода комнатной температуры, налитая до уровня покрытия ног ребенка на 2/3 голени.

Ребенок вступает в ведро с холодной водой на 3–5 с, затем, не вытирая ноги, переступает в ведро с горячей водой на 8–10 с, производя топтание по гравию, затем опять в ведро с холодной водой и т. д., повторяя процедуру от 3 до 5 раз, а также постепенно увеличивая воздействие холодной и снижая воздействие горячей водой. Заканчивать процедуру необходимо горячей водой с последующим легким обтиранием ног и теплым укутыванием их [18].

Контрастные ванны можно проводить и ослабленным детям, уменьшив разницу температур за счет замены холодной воды на прохладную.

Местное обливание ног проводится из ковша емкостью 0,5 л при температуре воздуха в помещении не ниже 20°. Во время процедуры смачивают нижнюю половину голени и стопу. Сосуд с водой держат на расстоянии 4–5 см от тела. На каждое обливание расходуется 2–3 л прохладной воды. При условии постоянства температуры интенсивность закаливающего воздействия нормируется временем проведения процедуры.

Обливание ног лучше проводить сразу после дневного сна, пока ноги не охладелись. Летом обливание ног целесообразно сочетать с их мытьем после прогулки теплой водой с мылом, с последующим обливанием по приведенной схеме.

Если процедура ножных обливаний заканчивается холодной водой, лучше их обтереть насухо, затем утеплить в шерстяных носках на 20–30 мин или растереть до легкого покраснения, если горячей водой – достаточно легкого обтирания с последующим естественным обсыханием в колготах и обуви или просто шерстяных носках [18].

На контрастное обливание переходят в период напряженной эпидемической обстановки, а также при снижении температуры воздуха в групповых помещениях ниже 20°.

В щадящем режиме обливание начинают с горячей воды, в обычном режиме – с холодной. Начинают процедуру с 3–5 с, постепенно, каждые 5 дней, увеличивая продолжительность и холодного, и горячего обливания на 1–2 с, доведя каждое обливание до 10–15 с. Количество контрастов – от 3 до 5 раз. Заканчивают процедуру в любом режиме обливанием горячей водой в течение не менее 10–15 с, с последующим легким обтиранием (убрать крупные капли) и естественным обсыханием в колготах и обуви или шерстяных носках.

Из общих водных процедур, воспроизводимых в дошкольных образовательных учреждениях, наиболее легким является обтирание. Главное требование к влажному обтиранию – провести его быстро и энергично, не допуская переохлаждения ребенка. Это никак не совмещается рекомендуемым самообтиранием детей с 5-летнего возраста. Добиться от детей в условиях коллектива быстрого и четкого выполнения этой процедуры не представляется возможным [11].

Рекомендуем внести в нее два существенных изменения.

- 1. Проводить общее обтирание горячей водой с температурой 45–50°.*
- 2. После горячего обтирания главным элементом закаливания является естественное обсыхание после влажного обтирания (испарение как средство закаливания) [10].*

Общие водные процедуры проводятся не ранее 30–40 мин после приема пищи, поэтому проводить их перед дневным сном после обеда не рекомендуется.

Обливание всего тела проводится при температуре воздуха в помещении не ниже 23–24°. Температура душевой воды – 22–24°. Длительность процедуры постепенно увеличивается с 15 до 40 с [1].

Во время процедуры полностью раздетые дети становятся в таз с теплой водой (37–38°) или на деревянную подставку, помещенную в душевой поддон, голову закрывают резиновой шапочкой или полиэтиленовым мешочком. Процедура проводится отдельно для мальчиков и девочек. Воду льют из душевой сетки или лейки на плечи, грудь, спину, держа их на 6–8 см выше ребенка. После процедуры тело вытирают насухо и растирают полотенцем до покраснения кожи.

Летом обливание и душ рекомендуется проводить на свежем воздухе, в солнечную безветренную погоду. Желательно установить на участке огораживающие устройства по типу пляжных кабинок для переодевания, высотой 1-1,2 м, с просветом от земли 20–30 см. Внутри их удобно проводить раздевание, обливание, обтирание, растирание и одевание детей.

Если игровой час заканчивается местными водными процедурами, проводится умывание водой комнатной температуры (18–20°) лица, рук до локтя, шеи и верхней части груди, легкое их обтирание (снять крупные капли воды), с последующим естественным обсыханием во время одевания [3].

Одной из причин простудных заболеваний детей может быть неустойчивость их к сквознякам. Закаливание детей старше 5 лет с помощью воздушного душа вырабатывает у них устойчивость к сквознякам. Душ – это воздух комнатной температуры, а сквозняк несет воздух пониженной температуры.

Массовый воздушный душ проводится от потолочных, бытовых настольных или напольных вентиляторов во время проведения физкультурных занятий или игрового часа. Единственное требование – дети не должны находиться постоянно под воздействием воздушной струи. Это достигается либо определенной работой вентилятора, либо проведением игр с активным перемещением детей по комнате, при котором они попадают в зону воздушного душа на короткие промежутки времени.

Необходимо использовать потолочные вентиляторы с регуляторами оборотов, поскольку скорость воздушной струи должна изменяться в

зависимости от температуры воздуха в помещении, где проводится занятие: чем выше температура воздуха, тем выше и скорость воздушной струи [3].

Так как активные игровые действия или спортивные эстафеты занимают лишь часть времени физкультурного занятия, воздушный душ применяют только во время их проведения.

1.2. Анатомо-физиологические особенности детей старшего дошкольного возраста

В старшем дошкольном возрасте наблюдается значительный рост организма, который сопровождается рядом физиологических изменений.

Кожа. Происходит ее утолщение. К 7 годам появляются большие скопления жировых клеток в области груди и живота, что при неправильном питании усугубляется общим ожирением. Окончательно формируются потовые железы, теперь ребенок менее подвержен переохлаждениям и перегреваниям.

Костная система. Окостенение еще не завершено. Позвоночник уже соответствует по форме взрослому, однако только по форме. С возросшей весовой нагрузкой на неокрепший скелет ребенка как никогда важен контроль над осанкой. В возрасте с 3 до 7 лет завершается формирование грудной клетки и органов дыхания. Ребра принимают такое же положение, как и у взрослых, грудная клетка – цилиндрическую форму. Дыхание более глубокое и редкое – к 7 годам достигает 23-25 в 1 минуту [28].

Сердечно-сосудистая система: пульс продолжает урежаться. К 7 годам его частота равна 85-90 в 1 минуту, артериальное давление – 104/67 мм рт. ст.

Эндокринная система. В возрасте 6-7 лет происходит некоторое ускорение роста, так называемое. Первое физиологическое вытяжение, в то же время проявляются различия в поведении девочек и мальчиков. Активное участие в этих процессах принимают щитовидная железа, надпочечники и гипофиз [22]. Начинается «подготовка» половых желез к периоду полового созревания [34].

Иммунная система: клетки иммунитета вырабатываются организмом ребенка в достаточном количестве, в связи с этим – происходит более легкое течение многих болезней.

Нервная система. Закладываются основы интеллекта. Дети охотно запоминают стихи, с увлечением рисуют, забавно сочиняют, переиначивая услышанные сказки.

Мышечная система: сила мышц увеличивается, работоспособность восстанавливается очень быстро. Пальцам подвластна более тонкая работа – письмо, лепка [25].

Костная система. Процесс роста и образования костей не прекращается. Протяженность работы сидя – на уроках в школе, при выполнении домашних заданий делает первостепенной опасностью искривления позвоночника. Грудная клетка все более активно участвует в дыхании, увеличивается ее объем. К 11 годам появляются различия в форме таза – у девочек он более широкий, имеется тенденция к расширению бедер.

Органы дыхания. К 7 годам окончательно формируется структура легочной ткани, увеличивается диаметр воздухоносных путей (трахеи, бронхов), и набухание слизистой при заболеваниях дыхательной системы уже не создает серьезной опасности. Частота дыханий уменьшается в 10 лет до 20 в минуту.

Сердечно-сосудистая система, средняя частота пульса с 5 до 11 лет уменьшается со 100 до 80 ударов в минуту. Артериальное давление 11-летнего ребенка в среднем – 110/70 мм рт. ст. (т.е. уже как у здорового взрослого человека: 110/70 мм рт. ст. – единственное нормальное кровяное давление в состоянии покоя. Любые отклонения от таких показателей – это сигнал тревоги) [21].

Органы пищеварения. Пищеварительные железы хорошо развиты, активно функционируют, пищеварение практически не отличается от такового у взрослых. Частота опорожнения кишечника 1-2 раза в день.

Органы мочевыделения. Строение почек как у взрослых. Постепенно нарастает суточное количество мочи. В 5-8 лет оно составляет 700 мл, а в 8-11 лет - 850 мл.

1.3. Методика проведения оздоровительных занятий в ДОУ

Здоровый образ жизни - это осознанное в своей необходимости постоянное выполнение человеком гигиенических правил укрепления и сохранения индивидуального и общественного здоровья как основы высокой продолжительной работоспособности, сочетающееся с разумным отношением к окружающей природной и социальной среде [43].

Профилактика многих наиболее часто встречающихся у детей заболеваний возможна путем формирования навыков здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста. Непосредственную роль в этом играет семья. Усвоенные в семье родителей различные традиции и привычки, образ жизни, отношение к своему здоровью и здоровью окружающих переносятся затем во взрослую жизнь, а при достижении детородного возраста - и во вновь создаваемые семьи. При этом большое влияние на формирование гигиенических навыков у детей и их отношение к своему здоровью оказывает медицинская активность родителей (соблюдение режима питания, труда и учебы, отдыха, отказ от вредных привычек, своевременное обращение за медицинской помощью, лечение, отношение к профилактическим мероприятиям и т.д.) [29].

Здоровый образ жизни - индивидуальная система поведения человека, направленная на сохранение и укрепление здоровья. Оптимальный режим двигательной активности - важное условие формирования ЗОЖ. Проблема формирования ЗОЖ и укрепления здоровья учащихся становится приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы, стратегическая цель которой - воспитание и развитие свободной жизнелюбивой личности, обогащенной научными знаниями о природе и человеке, готовой к созидательной творческой деятельности и нравственному поведению. Ведущими задачами школы в настоящее время являются: развитие интеллекта, формирование нравственных чувств, забота о здоровье детей. Все это согласуется с основными направлениями проекта

реформы общеобразовательной школы, в котором на одном из первых мест стоит здоровье школьников.

Уровень сохранения и укрепления здоровья школьников находится в тесной взаимосвязи от оптимального режима двигательной активности. По данным Всемирной организации здравоохранения каждый ребенок на пути своего развития должен совершать в младшем школьном возрасте 12 - 13 тысяч локомоций, в среднем школьном возрасте 14 - 15 тысяч, а в старшем до 17 - 17 тысяч соответственно [18].

Достаточная двигательная активность является необходимым условием гармонического развития личности [14,20].

Двигательная активность - это вид деятельности человека, при котором активация обменных процессов в скелетных мышцах обеспечивает их сокращение и перемещение человеческого тела или его частей в пространстве. Проще говоря, двигательная активность - суммарная величина разнообразных движений за определенный промежуток времени. Она выражается либо в единицах затраченной энергии, либо в количестве произведенных движений (локомоций). Двигательная активность измеряется в количестве израсходованной энергии в результате какой-либо деятельности (в кал или Дж за единицу времени), в количестве выполненной работы, например, в количестве сделанных шагов, по затратам времени (число движений за сутки, за неделю) [35].

Для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма человека необходима достаточная активность скелетных мышц. Работа мышечного аппарата способствует развитию мозга и установлению меж центральных и меж сенсорных взаимосвязей. Двигательная деятельность повышает энергопродукцию и образование тепла, улучшает функционирование дыхательной, сердечнососудистой и других систем организма.

Недостаточность движений нарушает нормальную работу всех систем и вызывает появление особых состояний - гипокинезии и гиподинамии.

Гипокинезия - это пониженная двигательная активность. Она может быть связана с физиологической незрелостью организма, с особыми условиями работы в ограниченном пространстве, с некоторыми заболеваниями и др. причинами. В некоторых случаях (гипсовая повязка, постельный режим) может быть полное отсутствие движений или акинезия, которая переносится организмом еще тяжелее [27].

Существует и близкое понятие - *гиподинамия*. Это понижение мышечных усилий, когда движения осуществляются, но при крайне малых нагрузках на мышечный аппарат. В обоих случаях скелетные мышцы нагружены совершенно недостаточно. Возникает огромный дефицит биологической потребности в движениях, что резко снижает функциональное состояние и работоспособность организма [28].

Целью физкультурно-оздоровительной работы в детском саду является создание благоприятных условий для полноценного проживания ребенком дошкольного возраста, формирование основ базовой культуры личности, всестороннее развитие физических и психических качеств в соответствии с индивидуальными и возрастными особенностями, подготовка ребенка к жизни в современном обществе [11].

«Программа воспитания в детском саду» М.А.Васильевой, предусматривает закаливание детского организма как необходимое условие их полноценного физического воспитания[45].

Основные задачи закаливания – укрепление здоровых детей, развитие выносливости организма при изменяющихся факторах внешней среды, повышение его сопротивляемости к различным заболеваниям [25].

Это система мероприятий, которая является неотъемлемой частью физического воспитания детей, как в дошкольном учреждении, так и дома.

Закаливание, как средство совершенствования защитных реакций организма, основывается на тренировке – систематическом повторении воздействия определенных факторов, начиная с кратковременных и слабых их воздействий и постепенно нарастающих по силе и длительности.

В качестве основных средств закаливания используются естественные природные факторы: воздух, вода, солнечный свет – при неременном соблюдении следующих условий [24]:

1. Учет индивидуальных особенностей ребенка при выборе метода закаливания.
2. Комплексное использование всех природных факторов и закаливающих процедур.
3. Постепенность в увеличении силы воздействия природного фактора.
4. Систематичность закаливания – оно осуществляется круглый год, но виды его и методики меняются в зависимости от сезона и погоды.
5. Спокойное, радостное настроение ребенка во время закаливающей процедуры.

Первым требованием для проведения закаливания детей в дошкольном учреждении является создание гигиенических условий жизни детей. Это, прежде всего, обеспечение чистого воздуха и рациональное сочетание температуры воздуха и одежды ребенка.

Оздоровляющее действие воздуха необходимо также использовать при организации дневного сна. Во время сна ребенку обеспечивается состояние теплового комфорта путем соответствующего подбора одежды и температуры воздуха помещений.

В теплое время для сна надевают легкое белье с короткими рукавами, а летом в жаркие дни дети могут спать в одних трусиках. После укладывания детей открывают фрамуги, окна, создавая сквозное проветривание на 5-7 минут.

Прогулка при правильной ее организации является одним из важнейших моментов закаливания детей [20].

В зимний сезон дети должны находиться на свежем воздухе не менее 4-5 часов ежедневно. При этом важно правильно одеть и обуть ребенка соответственно сезону и погоде, чтобы обеспечить ему свободу движения и необходимый тепловой комфорт.

Рекомендуемая одежда при температуре воздуха представлена в таблице 1.

Таблица 1.

от +6 до -2 град. С	-3 - 8 град. С	-9 - 14 град. С
4-слойная одежда: белье, трикотажная кофта, колготки, хлопковые штаны, куртка или дем. пальто (зимнее пальто без трикотажной кофты (когда температура ниже 0° С)); сапожки	4-слойная одежда: белье, трикотажная кофта, колготки, хлопковые штаны, зимнее пальто, утепленные сапоги	5-слойная одежда: белье, трикотажная кофта (свитер), колготки, хлопковые утепленные штаны - две пары, зимнее пальто, утепленные сапоги с носками

Дети до 3-х лет выходят на прогулку зимой в безветренную погоду при температуре наружного воздуха -15 град. С, а 4-7-летние при температуре до -18-22 град. С. При низких температурах время прогулки сокращается.

Летом вся жизнь детей должна быть перенесена на открытый воздух. Одежда постепенно облегчается (в жаркое время дети остаются только в трусах) [15].

Хорошим средством закаливания, укрепления и формирования свода стопы является хождение босиком. В летнее время детей надо приучать ходить босиком по хорошо очищенному грунту (трава, гравий, песок).

Наибольший оздоровительный эффект достигается при проведении физических упражнений на открытом воздухе, особенно в течение круглого года. Летом все организованные формы (утренняя гимнастика,

физкультурные занятия, подвижные игры, спортивные упражнения) проводятся на участке группы или спортивной площадке [16].

Одежда детей при проведении физкультурных занятий представлена в таблице 2:

Таблица 2.

Летом	Холодный период +6 - -6 град. С	Зимой -7 - 15 град. С
Трусы и майки, на ногах тапочки ил и полукеды	Спортивный костюм, май- ка, футболка с длинными рукавами, колготки, шерстяная шапочка, простые носки, шерстяные носки, полусапоги	Спортивный костюм, май- ка, рубашка, колготки, шерстяная шапка, шерстяные носки, сапоги, варежки; при ветре надевается куртка из непродуваемой ткани и утепленные штаны.

После физкультурных занятий дети в раздевалках или групповых помещениях растираются сухим полотенцем и полностью переодеваются в повседневное белье [18].

Важно, чтобы спортивная одежда детей хорошо просушивалась в сушильных шкафах, потом складывалась в специальные мешки, где и хранилась до следующего занятия.

Специальные меры закаливания

При организации специальных закаливающих мероприятий весь контингент детей целесообразно разбить на группы:

I группа. Дети здоровые, ранее закаливаемые.

II группа. Дети здоровые, впервые приступающие к закаливающим мероприятиям, или дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья.

III группа. Дети, имеющие хронические заболевания, или дети, вернувшиеся в дошкольные учреждения после длительных заболеваний.

По мере закаливания, но не менее чем через 2 месяца, дети могут быть переведены из одной группы в другую. Критерием для этого должно быть: отсутствие в этот период острых заболеваний, положительная эмоциональная реакция ребенка на процедуру, отсутствие отрицательных внешних признаков на холодовой раздражитель (выраженная одышка, резкое учащение сердцебиения, появление «гусиной кожи») [23].

Все специальные меры закаливания различаются:

- по силе воздействия – местные (обтирание, обливание, ванна), общие (обтирания, обливания, ванна, купание в открытом водоеме);
- по продолжительности;
- по действующему фактору (воздух, вода, солнце).

Начинают закаливание с более мягких воздействий, т.е. с местных закаливающих воздействий.

Закаливание воздухом должно предшествовать закаливанию водой и солнцем.

Наиболее мягкой специальной закаливающей процедурой считаются воздушные ванны. Местную воздушную ванну ребенок получает, находясь в обычной одежде (оставляющей обнаженными руки и ноги), во время физкультурных и музыкальных занятий, ежедневной утренней гимнастики, общую воздушную ванну – при смене белья после ночного и дневного сна.

Дети 1 года жизни получают воздушную ванну при каждой смене белья (3-4 раза в день) и при проведении массажа и гимнастики. Продолжительность воздушной ванны увеличивается с 2-3 минут до 5-8 минут [24].

Закаливание водой начинают с предельно слабых воздействий (местных и непродолжительных по времени), а затем переходят к общим мероприятиям.

Местные водные процедуры (подмывание, обтирание, обливание).

Общие водные процедуры (обливание, купание) проводятся не раньше чем через 30-40 минут после приема пищи [20].

При закаливании, достигнув конечных температур воды, воздуха, останавливаются на них в течение 2-х месяцев для обеспечения эффекта тренировки, далее можно усилить действующий фактор или увеличить время его действия (перейти от местных к общим закаливающим процедурам, от слабых к более сильным).

Душевые установки (смесители) используют при закаливании водой только в том случае, если можно обеспечить постоянную температуру. Обычно надо пользоваться баками для разведения воды нужной температуры.

Купание в открытых водоемах является наиболее сильно действующей процедурой, так как здесь имеет место одновременное влияние трех факторов: воздуха, большой массы воды и солнечной радиации на всю поверхность кожных покровов.

Закаливание солнцем осуществляется в процессе прогулки, особенно в весенне-летнее время при обычной разнообразной деятельности детей. Начинают со свето-воздушных ванн в тени деревьев, потом переходят к местным солнечным ваннам, для чего детям оголяют руки и ноги, на голове при этом всегда должна быть светлая шапочка. Для проведения солнечных ванн игру детей перемещают под прямые лучи солнца на 5-6 минут и вновь уводят в тень. По мере появления загара солнечные ванны становятся общими, для этого детей раздевают до трусов и маек, а затем до одних трусов. Солнечные ванны начинают с 5 минут и доводят до 10 минут одномоментного пребывания детей на солнце, а в течение дня это может составить суммарно 40-50 минут [16].

Кроме перечисленных закаливающих процедур хорошим средством закаливания и предупреждения заболеваний зубов, слизистой рта и носоглотки является систематическое простое полоскание рта кипяченой водой комнатной температуры.

Для достижения оптимального эффекта закаливания целесообразно применение комбинированных воздействий воды и воздуха с различной силой действующего фактора и его экспозиции.

Для поддержания закаливающего эффекта следует широко использовать в летнее время игры с водой, игры в плескательных бассейнах, ручейках. Вода при этом должна быть не ниже +20 град. С. Постепенно увеличивается время экспозиции с 30 секунд до 5-10 минут.

Закаливающие мероприятия особенно важны в период повышенной заболеваемости, карантин и после перенесенных заболеваний. При этом система закаливания должна сохраняться, но сила действующего фактора снижается. Должен быть усилен контроль врача в этот период и строгий индивидуальный подход к каждому ребенку.

С целью снижения заболеваемости в детском саду разработана и успешно применяется система закаливающих мероприятий в повседневной жизни и специально организованная. Используются все природные факторы: вода, воздух, солнце. Закаливающие мероприятия осуществляются круглый год, но их вид и методика меняются в зависимости от сезона и погоды. [39]

Обширная профилактическая работа включает в себя:

- облегченная одежда для детей в детском саду
- соблюдение сезонной одежды детей на прогулке, учитывая их индивидуальное состояние здоровья.
- соблюдение температурного режима в течение дня
- дыхательная гимнастика после сна
- мытье прохладной водой рук по локоть
- правильная организация прогулки и ее длительности

- неспецифическая профилактика респираторных заболеваний (фитотерапия и отвары шиповника, прием поливитаминов «Гексавит» и настойки элеутерококка).

В утреннюю гимнастику и физкультурные занятия включались коррегирующие упражнения для профилактики сколиоза, нарушения осанки, плоскостопия. На не физкультурных занятиях и между занятиями организовывались двигательно-оздоровительные моменты: упражнения и задания на развитие мелких мышц руки, задания на развитие мимики и артикуляции и т.п. [40].

В течение года ежемесячно, либо на производственных совещаниях, либо на заседаниях местного комитета проводится анализ заболеваемости и посещаемости детьми МДОУ. В ходе анализа было выявлено, что в сравнении с предыдущим учебным годом:

- снижение заболеваемости
- снижение числа пропусков на одного ребенка
- сокращение числа пропусков детодней по болезни [41].

Количество детей при этом существенно не менялось. Показатель уровня заболеваемости детей в сравнении с районным показателем ниже. Оценка физического развития детей с определением группы здоровья проводилась медицинским персоналом МДОУ совместно с участковой службой.

Для укрепления здоровья детей дошкольного возраста используются методики оздоровительной физической культуры, как например, закаливание.

Метод 1: Закаливание детей воздухом

Первым требованием для закаливания является создание нормальных гигиенических условий жизни ребёнка, воздух в помещении должен быть чистым, для этого важно ежедневно проводить влажную уборку и постоянно проветривать комнату, температура воздуха должна составлять примерно 22 градуса [7].

Понемногу следует приучать ребенка находиться в помещении сперва при одностороннем, а в последствии при угловом проветривании. Сквозное проветривание проводится в отсутствии ребёнка, допуская понижение температуры воздуха до 15-17 градусов. Сквозное проветривание прекращается за 20-30 минут до возвращения ребёнка.

Одежда малыша должна соответствовать сезону и погоде и обеспечивать ему состояние теплового комфорта.

При температуре воздуха в помещении 22 градуса детей *(до начала закаливания)* одевают в двухслойную одежду: хлопчатобумажное бельё, платье *(можно хлопчатобумажное или фланелевое)*; на ноги колготы *(для детей 3-5 лет)* или гольфы *(6-7 лет)*, туфли. При температуре воздуха меньше 19 градусов поверх платья надевают кофту; или платье заменяют трикотажным или полушерстяным, колготы *(для детей уже закалённых могут быть гольфы)*, туфли или тёплые тапочки с каблуком. Летом при температуре выше 22 градусов стоит облегчить одежду до однослойной *(трусы, рубашка с короткими рукавами)*.

Очень полезным является дневной сон на открытом воздухе: в саду, на веранде, в хорошо проветренном помещении, вне зависимости от времени года. В средней климатической зоне дневной сон на открытом воздухе проводится даже при морозе, но при отсутствии ветра.

Большую роль в закаливании воздухом вне помещения играет прогулка. Здесь важно правильно одеть и обуть ребёнка соответственно сезону и погоде, чтобы обеспечить ему свободу движений и необходимый тепловой комфорт.

Благодаря прогулкам и правильно организованному дневному сну даже зимой ребёнок находится на свежем воздухе 4-5 часов.

Летом, в тёплую погоду ребёнка надо приучать ходить босиком.

Воздушные ванны дети получают при смене белья после ночного и дневного сна во время самостоятельного одевания и раздевания. В эти 6-8 минут ребёнок бывает полностью или частично обнаженным. Кроме того,

воздушные ванны он получает, находясь в облегчённой одежде (*трусы, майка, тапочки*) во время ежедневной утренней гимнастики, которая вводится в режим дня детей с начала третьего года жизни.

Метод 2: Закаливание детей водой

Начинают с предельно слабых воздействий на ограниченную часть кожных покровов (*местное обтирание, обливание*), затем переходят к общему обтиранию всего тела и обливанию [14].

При местном воздействии начинают с воды в 30 градусов, через каждые 1-2 дня её снижают на 1-2 градуса до тех пор, пока она не достигнет 18-16 градусов. Для общего воздействия начальная температура воды – 35-34 градуса, через каждые 3-4 дня её снижают на 1-2 градуса и доводят до 24-22 градусов.

Закаливание водой детей младшего возраста или ослабленных (*часто болеющих*) можно начинать с контрастных местных обливаний ног.

Обливание проводят сначала тёплой водой температурой 36 градусов, затем прохладной, начиная с 28 градусов и постепенно снижая до 20 градусов, и вновь тёплой – 36 градусов.

Умывание. При умывании детей старше двух лет им моют лицо, шею, верхнюю часть груди и руки до локтя. Летом можно умывать детей прохладной водой из-под крана. Но если такое закаливание начинают в прохладное время года, нужно брать тёплую воду(+28), постепенно (*каждые 2-3 дня*) снижая её температуру на 1-2 градуса, доводя до 18-17 градусов. Непосредственно после умывания кожу вытирают полотенцем. Вся процедура продолжается 1-2 минуты.

Обтирание. Действие обтирания намного сильнее, чем умывания. Обтирание проводится варежкой из мягкой ткани или концом полотенца, смоченным водой нужной температуры. Конечности обтирают, слегка массируя кожу по направлению от пальцев к плечу. Общее обтирание производят в следующей последовательности: сначала обтирают верхние конечности, затем грудь, живот и спину. Собственно влажное обтирание

продолжается 1-2 минуты. Сразу после него кожу вытирают сухим мягким полотенцем с применением лёгкого массажа до появления умеренного покраснения.

Начинать надо с местного обливания. Ноги обливают из ковша (*ёмкостью 0, 5 л*), воду льют на нижнюю треть голеней и стоп. Обязательно соблюдать правило: прохладную воду лить только на тёплые ноги. Собственно обливание продолжается 20-30 секунд, а затем следует растирание.

Более сильное действие оказывает общее обливание, так как в этом случае вода действует не только температурой, но и давлением своей массы. Обливать ребёнка лучше из кувшина, ёмкостью 1, 5-2 литра так, чтобы сразу облить всю поверхность тела.

Обливание ног может сочетаться с такой гигиенической процедурой, как мытьё ног. После мытья ноги следует облить водой соответствующей температуры.

Игра с водой также может быть использована как закаливающая процедура. Важно соблюдать соответствующую температуру воды (*28 градусов*). Наблюдая за детьми, можно постепенно снизить температуру воды до комнатной, не допуская, однако, явления охлаждения.

В тёплое время года, после предварительного закаливания воздухом, игру с водой и обливание можно проводить под открытым небом, оградив при этом ребёнка от ветра.

Общие души, ванны и купания не следует проводить раньше, чем через 30-40 минут после еды [18].

Для детей старше года температура воды для ванны-36-35 градусов, продолжительность ванны – 10 минут. Высота воды в ванне не должна достигать уровня соска сидящего ребёнка. закаливающее действие обеспечивается последующим контрастным обливанием водой температуры на 2 градуса меньше, чем в ванне. Специального подогрева комнаты не требуется, надо лишь быстро вытирать и одевать ребёнка.

После предварительного закаливания воздухом и водой целесообразно применение комбинированных воздействий – воздушная ванна с последующим обливанием. Обратная последовательность (*воздушная ванна после обливания*) вредна, так как даже после тщательного вытирания кожа остаётся повышено влажная и для предупреждения избыточной потери тепла должна быть защищена одеждой.

Купание в открытых водоёмах оказывает наиболее сильное действие, так как здесь имеет место одновременное влияние трёх факторов: свежего воздуха, большой массы воды и солнечной радиации на всю поверхность кожных покровов. При обеспечении благоприятных условий купание в открытом водоёме в безветренную погоду разрешается детям старше трёх лет, уже прошедшим предварительное закаливание воздухом и водой, при температуре воздуха не менее 25 градусов и воды не менее 23 градусов (*не более одного раза в день*). Хорошо закалённым детям при ежедневном регулярном купании можно позволять купаться и в более прохладной воде, сокращая время купания. Продолжительность купания увеличивается, начиная с трёх минут до пяти-восьми минут.

Метод 3: Закаливание детей солнцем

Закаливание солнцем осуществляется в процессе прогулки при обычной деятельности детей.

Иногда неправильно подходят к закаливанию солнцем, требуя, чтобы дети спокойно лежали. Не следует укладывать детей для солнечной ванны на подстилки и поворачивать через определённое время: здоровым детям трудно лежать спокойно.

Детям обязательно надевают светлый головной убор. Начинают прогулку со световоздушных ванн в тени деревьев. Затем на 5-10 минут игру детей перемещают под прямые лучи солнца и вновь – в тень. Так повторяют 2-3 раза в течение прогулки. Необходимо предупредить начало перегревания, поэтому при появлении небольшого покраснения лица ребёнка уводят в тень,

занимают спокойной игрой, дают выпить несколько глотков воды. По мере появления загара солнечные ванны становятся более продолжительными [31].

Противопоказания для принятия солнечных ванн.

1. Температура воздуха выше + 30°C;
2. Все формы диспепсии:

Противопоказания к проведению закаливающих процедур:

Диспепсия (от [др.-греч.](#) δυσ- – приставка, отрицающая положительный смысл слова и πέψις — *пищеварение*) – нарушение нормальной деятельности [желудка](#), затруднённое и болезненное [пищеварение](#). Синдром диспепсии определяется как ощущение боли или неудобства (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), расположенное в подложечной ([эпигастральной](#)) области ближе к срединной линии [32].

- Боли, расположенные в эпигастральной (подложечной) области.
 - Неудобства, расположенные в эпигастральной (подложечной) области.
 - Раннее насыщение:
 - Ощущение, что [желудок](#) переполняется сразу после начала еды, независимо от объёма принятой пищи.
 - Переполнение:
 - Неприятное ощущение задержки пищи в желудке, оно может быть связано или не связано с приёмом пищи.
 - Вздутие в эпигастральной области:
 - Чувство распираания в эпигастральной области, которое следует отличать от видимого вздутия живота.
 - [Тошнота](#)
3. Кишечные инфекционные заболевания;
Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека с энтеральным механизмом заражения, вызываемых патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими.
 4. Острые воспалительные заболевания.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – большая группа инфекций, которые имеют много общего в патогенезе и путях передачи: речь идет в основном о воздушно-капельных инфекциях, хотя и контактный (через грязные руки) путь передачи играет не меньшую роль

Возможность принятия ванн при туберкулезе легких решает врач в зависимости от лечения и состояния больного.

Купаться и плавать в бассейнах и водоемах открытого типа запрещено в случае эпилепсии или эпилептического синдрома, заболевания почек, активной формы туберкулеза. Также не позволяют купаться детям с повышенной температурой тела и с острыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта [33].

ГЛАВА 2. Организация и методы исследования

2.1. Организация исследования

Педагогическое исследование проводилось в Муниципальном казенном дошкольном образовательном учреждении – Бродовской детский сад, г. Каменск-Уральский, ул. Ворошилова 2, деревня Брод. Материальная база МКДОУ соответствует проведению закаливающих мероприятий в полном объеме.

В исследовании принимали участие 2 подготовительные группы детей в возрасте 6-7 лет. Все испытуемые были предварительно осмотрены врачом. Для проведения педагогического эксперимента дети были разделены на две группы: контрольная и экспериментальная по 10 человек в каждой.

Педагогическое исследование состояло из трех этапов и проводилось с сентябрь 2015 по апрель 2016 года.

На первом этапе исследования (сентябрь 2015 г.- ноябрь 2015 г.), уточнялось направление исследования, определялись методы исследования. На данном этапе сделан анализ медицинских карт участников эксперимента. Изучалось научно-методическая литература по данной теме и проведен анализ групп здоровья детей.

На втором этапе исследования (декабрь 2015 г.- февраль 2016 г.) была апробирована выбранная методика закаливания, с целью профилактики здоровья, повышения уровня физического развития и двигательной активности у детей экспериментальной группы, контрольная группа занималась по рабочей программе ДОУ.

Физкультурно – оздоровительные занятия с экспериментальной группой проводились 3 в неделю по 30 минут, с умеренной интенсивностью, соответствующей возрасту, под музыкальное сопровождение [39].

На третьем этапе исследования (март 2016г.- апрель 2016г.) подводились итоги эксперимента: проводилось повторное тестирование, осуществлялась математико-статистическая обработка материалов и качественный анализ результатов исследования, обобщение, систематизация полученного материала, интерпретация полученных результатов, также были разработаны методические рекомендации.

2.2. Методы исследования

Для решения задач, поставленных в работе, использовались следующие методы.

1. Метод теоретического анализа и обобщения научно-методической литературы по проблеме.
2. Анализ документальных материалов: медицинских карт детей, результаты участников эксперимента врачом непосредственно перед проведением исследования и после него.
3. Педагогическое тестирование
4. Педагогический эксперимент
5. Методы математико-статистической обработки материала.

Метод теоретического анализа и обобщения научно-методической литературы

Изучалась и анализировалась литература по проблеме исследования:

Особенности развития детей дошкольного возраста. Рассматривались исследования ведущих специалистов в области дошкольного образования и теории и методики физической культуры. Вместе с этим изучалась литература по педагогике, психологии, физиологии.

Анализ документальных материалов.

На этапах педагогического исследования были проанализированы следующие документы:

1. Медицинские карточки детей
2. Паспорт здоровья детей
3. Паспорта групп
4. Табель заболеваемости групп.

Педагогическое тестирование.

Для оценки уровня двигательной подготовленности детей 6-7 лет проводились следующие контрольные упражнения (тесты).

1. Попадание малым теннисным мячом в корзину – направлено на развитие ловкости (координации);
2. Бег на 30м - направлен на развитие быстроты;
3. Челночный бег 3х10м - направлен на развитие ловкости (координации);
4. Прыжок в длину с места – направлен на развитие скоростно-силовых качеств
5. Тест на равновесие (проба Ромберга) – направлена на развитие ловкости [34].

Попадание малым теннисным мячом в корзину.

Процедура тестирования: ребенок встает на линию, в руках держит малый теннисный мяч, по команде педагога производит бросок. На данный тест дается 10 попыток.

Бег на 30м.

Процедура тестирования: задание проводится на беговой дорожке (длина не менее 40 м, ширина 3 м). На дорожке отмечаются линии старта и финиша. Тестирование проводят двое взрослых: один находится с флажком на линии старта, второй с секундомером на линии финиша, за которой на расстоянии 5-7 м ставится яркий ориентир. По команде «На старт!», участники подходят к черте и встают лицом по направлению движения, отставив одну ногу назад. По команде «Внимание», участники при этом слегка сгибают обе ноги и наклоняют туловище чуть вперед. По команде «Марш», педагог включает секундомер. Участники бегут в полную силу до ориентира. Секундомер выключается в момент пересечения линии финиша. Точность измерения составляет 0.1 сек. Производится две попытки, вносится в таблицу показателей лучший.

Челночный бег 3 x 10м.

Процедура тестирования: ребенок встает у контрольной линии, по сигналу «Марш!», трехкратно пробегает заданную дистанцию. Секундомером также фиксируется время.

Прыжок в длину с места.

Процедура тестирования: ребенок прыгает, отталкиваясь двумя ногами, с интенсивным взмахом рук, от размеченной линии отталкивания на максимальное для него расстояние и приземляется на обе ноги. При приземлении нельзя опираться позади руками. Выполняется одна зачетная попытка.

Тест на равновесие (проба Ромберга)

Процедура тестирования: по команде «Начали», педагог включает секундомер, ребенок встает на удобную ногу, другую ногу сгибает в коленном суставе, и ставит ее на опорную ногу чуть выше колена, и немного развернув ее вправо. Руки на поясе, глаза закрыты. Засекается время, пока ребенок держит равновесие, как только касается ногой пола, время останавливается.

Педагогический эксперимент.

В педагогическом эксперименте принимали участие две группы детей 6-7 лет. Педагогический эксперимент продолжался в течение 8 месяцев. Контрольная группа детей тренировалась по программе физического развития ДООУ, направленной на решение основных задач по сохранению и укреплению здоровья. Экспериментальная группа детей дополнительно применяла средства оздоровительной физической культуры – средства закаливания.

В режим дня детей экспериментальной группы были включены закаливающие мероприятия такие как:

- прохладные ножные ванны;
- воздушное контрастное закаливание с комбинированной дорожкой;
- обтирания;
- воздушные ванны.

Таблица 3.

График проведения закаливающих процедур в экспериментальной
группе

Комплекс упражнений	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
Прохладные ножные ванны	+		+		+
воздушное контрастное закаливание с комбинированной дорожкой обтирания	+	+	+	+	+
воздушные ванны	+	+	+	+	+

Методы математико-статистической обработки материала.

Обработка результатов исследования проводилась по основным статистическим параметрам:

- вычисление средней арифметической величины (M);
- вычисление квадратного отклонения (σ);
- вычисление ошибки средней арифметической (m);
- вычислялись темпы прироста (в %).

Достоверность различий определялась по t - критерию Стьюдента [41].

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для получения исходных данных о состоянии здоровья детей, в период с 1 по 23 сентября 2015 г. были изучены медицинские карты детей, участвующих в эксперименте. Результаты анализа медицинских карт представлены в приложении 1.

Анализ результатов медицинских карт детей позволяет отметить следующее. В контрольной группе к I группе здоровья относятся - 5 детей (50%), к II группе - 4 ребенка (40%) и к III группе - 1 воспитанник (10%). В экспериментальной группе к I группе здоровья относятся - 4 ребенка (40%), к II группе - 4 ребенка (40%) и к III группе - 2 воспитанника (20%). Таким образом, большинство детей, участвующих в эксперименте имели I и II группы здоровья.

В приложении 2 указана динамика заболеваемости детей простудными заболеваниями в период проведения эксперимента.

Таблица 4.

Результаты тестирования экспериментальной и контрольной группы в начале и в конце эксперимента ($M \pm m$)

Тесты	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	Сентябрь	Март	Сентябрь	Март
Бег 30м, с	8,43±0,06**	7,89±0,03**	8,41±0,03**	7,66±0,09**
Прыжки в длину с места, м	94,5±0,9**	100,5±1,2**	94,9±0,7**	101,4±0,8**
Челночный бег 3х10 м	11,41±0,04**	10,57±0,09**	11,36±0,04**	10,48±0,06**
Попадание теннисным мячом в корзину, кол-во раз	5±0,3*	8±0,3*	6±0,3**	9±0,2**
Теста «на равновесие» (проба Ромберга), с	10,8±0,4**	16,2±0,4**	11±0,3**	16,6±0,3**

Примечание:

* - достоверность измерения $p > 0,05$

** - достоверность измерений $p > 0,01$

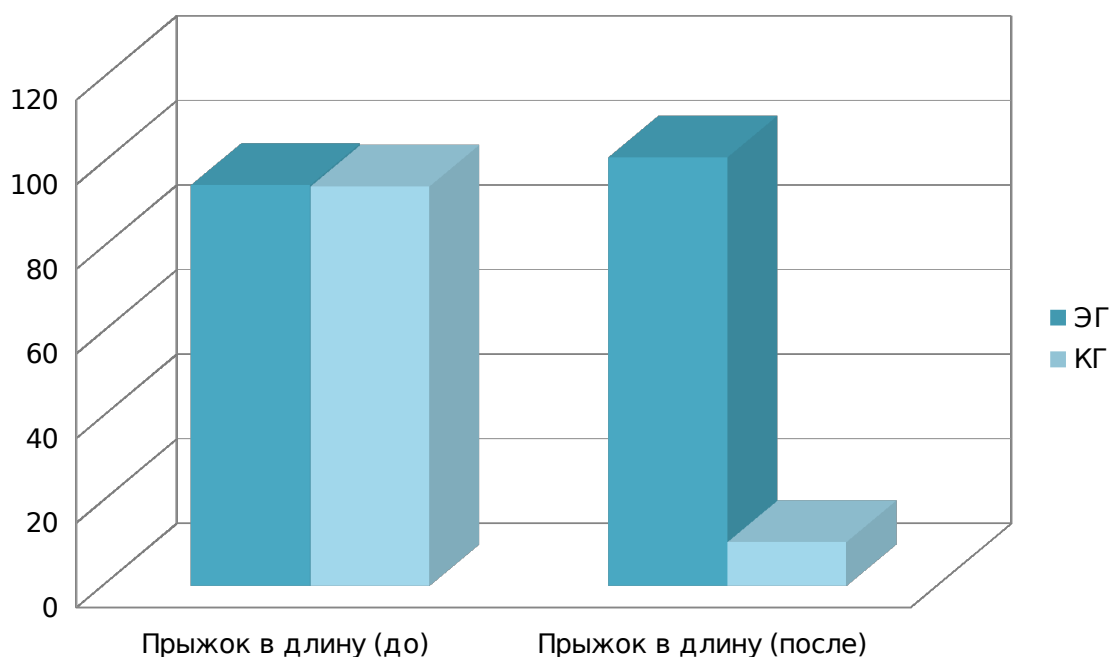
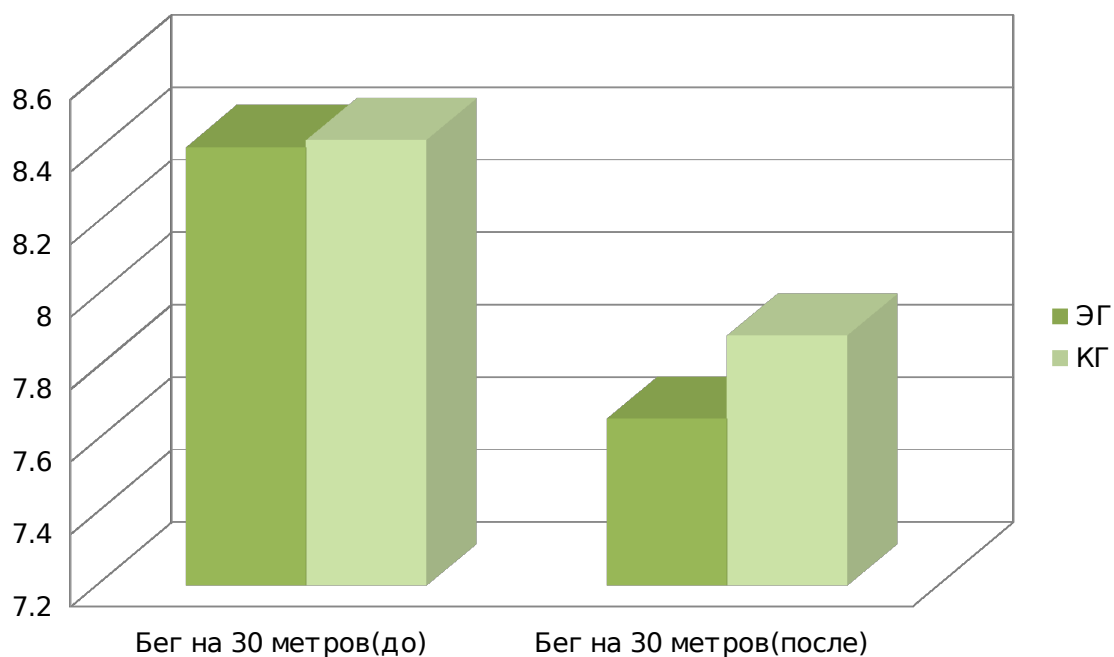


Рис. 1 Прирост показателей в прыжках в длину до и после эксперимента

В процессе тестирования детей контрольной и экспериментальной группы были получены следующие данные:

Показатель величины среднего значения в тесте «Прыжок в длину с места», (см), у контрольной группы в начале эксперимента составил $94,5 \pm 0,9$ см, в конце $100,4 \pm 0,93$ см, прирост составил 6,3%, а у экспериментальной группы в начале $94,9 \pm 0,7$ см, а в конце $101,4 \pm 0,8$ см, прирост составил 6,8%. Статистический критерий составил у контрольной группы $t = 4$, а у экспериментальной $t = 5,9$. Оценивая полученные данные было выявлено, что наблюдается достоверное ($p < 0,01$) увеличение показателей в данном тесте.



В тесте «бег на 30 метров», средние показатели в начале эксперимента у контрольной группы $8,43 \pm 0,06$ с, в конце $7,89 \pm 0,03$ с, прирост составил 6,5%, у экспериментальной группы в начале эксперимента $8,41 \pm 0,03$ с, в конце эксперимента $7,66 \pm 0,09$ с. прирост составил 8,9%. Статистический критерий составил у контрольной группы $t = 7,7$, а у экспериментальной $t = 8,3$. Оценивая полученные данные было выявлено, что наблюдается достоверное ($p < 0,01$) увеличение показателей в данном тесте.

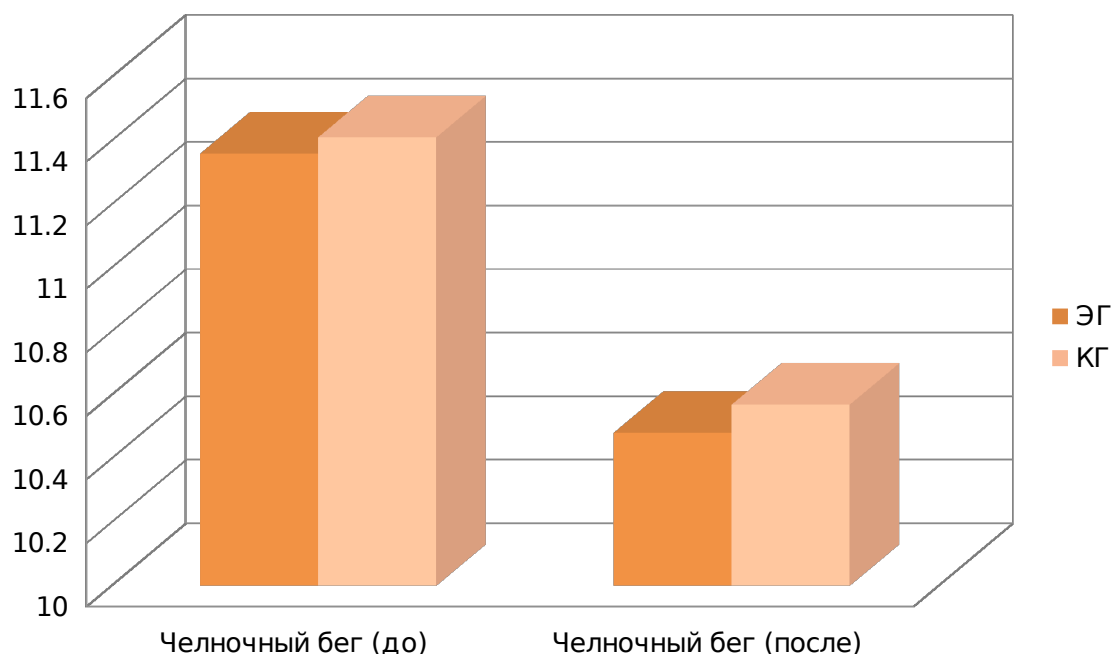


Рис. 3 Прирост показателей в челночном беге до и после эксперимента

В тесте «Челночный бег 3x10», (с) у контрольной группы в начале эксперимента среднее значение составило $11,41 \pm 0,04$ с, в конце $10,57 \pm 0,09$ раз, прирост 7,4%; у экспериментальной группы в начале эксперимента составил $11,36 \pm 0,04$ с, в конце $10,48 \pm 0,06$, прирост 7,7%. Статистический критерий составил у контрольной группы $t = 8,4$, а у экспериментальной $t = 17,6$. Оценивая полученные данные было выявлено, что наблюдается достоверное ($p < 0,01$) увеличение показателей в данном тесте.

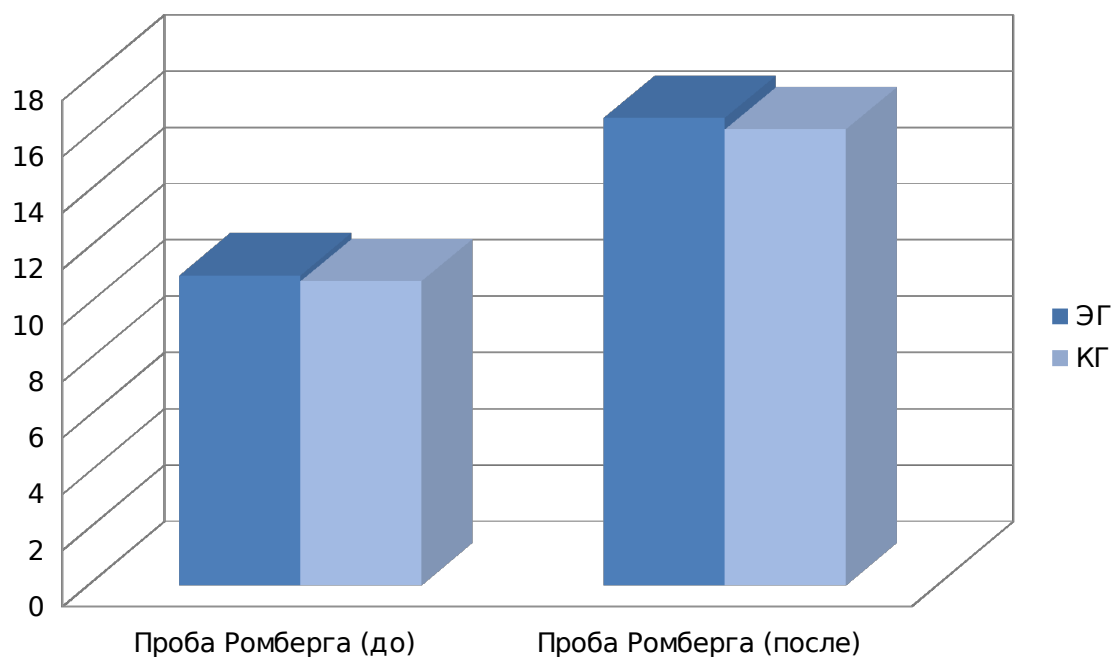


Рис.4 Прирост показателей в тесте на равновесие «проба Ромберга» до и после эксперимента

В тесте «проба Ромберга», (сек) у контрольной группы в начале эксперимента среднее значение составило $10,8 \pm 0,4$ сек, в конце эксперимента $16,2 \pm 0,4$ сек, прирост 50%, у экспериментальной группы в начале эксперимента $11 \pm 0,3$ сек., в конце эксперимента $16,6 \pm 0,3$ сек., прирост составил 50,9%. Статистический критерий составил у контрольной группы $t = 9,4$, а у экспериментальной $t = 13,3$. Оценивая полученные данные было выявлено, что наблюдается достоверное ($p < 0,01$) увеличение показателей в данном тесте.

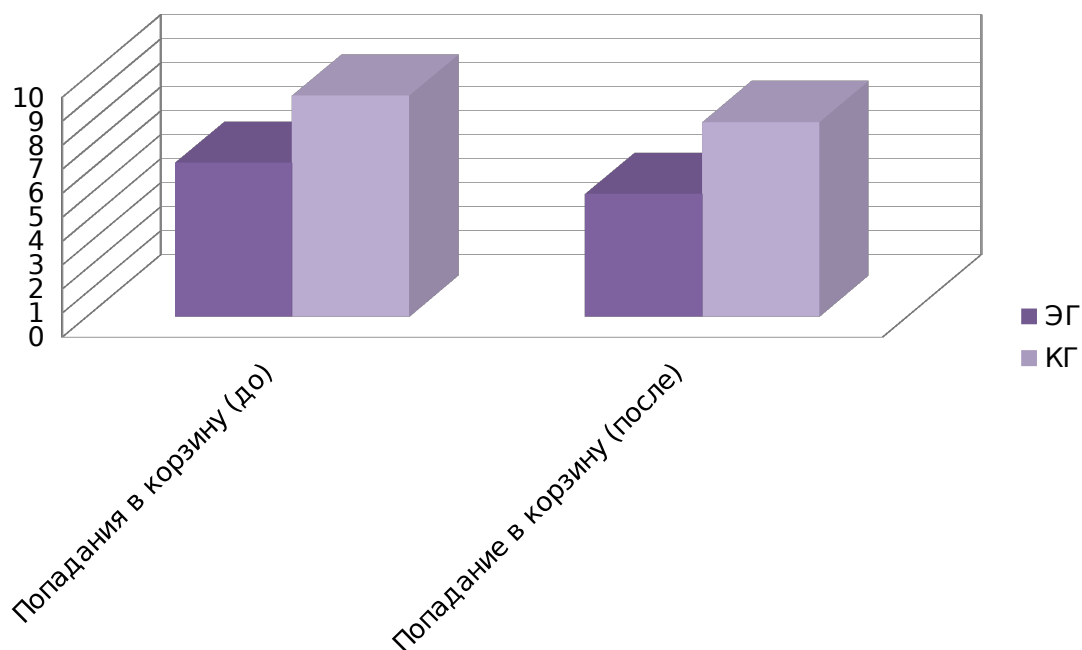


Рис. 5 Прирост показателей в попадании мячом в корзину до и после эксперимента

В тесте «Попадание малым мячом в корзину», (раз) у контрольной группы в начале эксперимента среднее значение составило $5 \pm 0,3$ раза, в конце эксперимента $8 \pm 0,3$ см, прирост 58,8%, у экспериментальной группы в начале эксперимента $6 \pm 0,3$ раза, в конце эксперимента $9 \pm 0,2$ раза, прирост составил 43,8%. Статистический критерий составил у контрольной группы $t = 2,3$, а у экспериментальной $t = 7$. Оценивая полученные данные было выявлено, что наблюдается достоверное ($p < 0,05$) увеличение показателей в данном тесте.

На основании проведенного исследования были сформулированы рекомендации:

- Направлять дошкольников к самостоятельному применению закаливающих процедур в повседневной жизни;
- Увеличить количество научно-методической литературы по данной теме;
- С раннего возраста прививать привычку к здоровому образу жизни;
- Обеспечить комплексное решение физкультурно-оздоровительных задач совместно с родителями;
- В приемной комнате организовать, в «уголке для родителей», выкладку полезной информации по закаливающим процедурам и их полезности;
- Создать отдельных стенд для родителей и детей, где будут ежемесячно вывешиваться фото закаливающих процедур детей и родителей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Естественные силы природы (солнечные лучи, воздух, вода) являются важным средством укрепления здоровья и повышения работоспособности. Они могут применять:

- как сопутствующие факторы, усиливающие положительное влияние физических упражнений, когда они выполняются в лесу, у водоема, в горной местности;

- как относительно самостоятельные средства оздоровления и закаливания организма (солнечные и воздушные ванны, водные процедуры);

В жизни человека отведена немаловажная роль закаливанию, как средству оздоровления личности.

Закаливание – одно из важнейших составляющих здорового образа жизни общества.

Закаленный человек обладает высоким жизненным тонусом, не подвержен заболеваниям, в любых условиях способен сохранять спокойствие, бодрость духа, оптимизм.

Состояние проблемы здоровья детей дошкольного возраста волнует всех. По признанию специалистов всего мира, период от рождения ребенка до его поступления в школу, является возрастом наиболее стремительного физического и психического развития человека, первоначального формирования качеств, необходимых в течение всей последующей жизни. Отличительной особенностью этого периода является то, что именно в дошкольном возрасте обеспечивается общее развитие, служащее основой для приобретения в дальнейшем любых специальных знаний и навыков освоения различных видов деятельности. В дошкольном возрасте ребенок приобретает основы личной культуры, ее базис, соответствующий духовным ценностям. Именно в этом возрасте закладывается фундамент здоровья взрослого человека.

Анализ научно-методической литературы позволил сделать следующие выводы:

Оздоровительная физическая культура - это организованная двигательная активность, а также такие виды деятельности, которые связаны с соблюдением здорового образа жизни.

Средствами оздоровительной физической культуры являются:

- утренняя гимнастика;
- физические упражнения;
- закаливание;

К закаливающим процедурам относятся:

- прохладные ножные ванны;
- воздушное контрастное закаливание с комбинированной дорожкой;
- обтирания;
- воздушные ванны.

С целью снижения заболеваемости в детском саду разработана и успешно применяется система закаливающих мероприятий. Используются все природные факторы: вода, воздух, солнце. Закаливающие мероприятия осуществляются круглый год, но их вид и методика меняются в зависимости от сезона и погоды.

Изучив анатомо-физиологические особенности, мы получили следующие выводы:

- организм ребенка в дошкольном возрасте находится на стадии становления;
- при помощи физических упражнений, в том числе закаливающих процедур, мы можем развить в детях физические качества;
- грамотное нормирование закаливающих процедур, физических нагрузок ведет к повышению здоровья ребенка и его общего физического состояния.

Нами была предложена методика проведения оздоровительных занятий в детском образовательном учреждении, которая включала в себя:

- изучение карт здоровья каждого ребенка;
- проведение тестов на повышение физических качеств, таких как сила, ловкость, быстрота, выносливость, гибкость;
- выявление положительного влияния закаливающих процедур на организм и физическое состояние ребенка;
- расчет достоверности выбранных тестов.

В результате проведения эксперимента было выявлено, что предложенная нами методика не оказывает значительного влияния на развитие физических качеств, однако положительным образом сказывается на снижении уровня заболеваемости.

Схожесть результатов в контрольной и экспериментальной группе объясняется тем, что занятия по физическому воспитанию проводились в той и другой группе и способствовали развитию основных физических качеств, а также физиологическим причинами (естественный рост организма). Таким образом, закаливающие процедуры выступили как вспомогательное средство физического воспитания.

Список использованной литературы

1. Ажаев А. Н., Берзин И. А. Физиолого - гигиенические аспекты низких температур на организм человека. [Текст] / Ажаев А. Н., Берзин И. А. 2008.- 123-127 с.
2. Амосов Н. М., Бендет Я. А. Физиологическая активность и сердце. [Текст] / Амосов Н. М., Бендет Я. А.–К., 1989. 216 с.
3. Ананьев В.А. Психогигиенические и психопрофилактические основы здорового образа жизни [Текст] / Ананьев В.А. – Здоровый образ жизни: Сб. науч. Трудов. Л.: ЛенГИДУВ, 1988. с. 85-111.
4. Анатомо- физиологические особенности детей дошкольного возраста [Эл. ресурс] : <http://medportal.ru/> Дата обращения 13.05.16 г.
5. Антропова, М.В. Гигиена детей и подростков [Текст] / Антропова, М.В. – М.: Медицина, 1982. 268с.
6. Ануфриев, А.В. Как преодолеть трудности в обучении детей [Текст] / Ануфриев, А.В. С.Н. Костромина – М.: Ось-89,1989. – 272с.
7. Апарин В., Крылов В. [Текст] / Апарин В., Крылов В. - О пользе хождения босиком. Наука и жизнь – 2001. – №3 – С.40-43
8. Артюхов Ю.А. Как закалять свой организм. [Текст] / Артюхов Ю.А.– Минск: Харвест, 1999.- 224 с.
9. Ахутина Т.В. Здоровьесберегающие технологии обучения: индивидуально-ориентированный подход. [Текст] / Ахутина Т.В. - Школа здоровья. 2000.- №12- 20-21 с.
10. Ашмарин Б.А. Теория и методы физического воспитания. Учебное пособие для студентов факультетов физического воспитания педагогических институтов [Текст] / Ашмарин Б.А.– М. Просвещение, 1984г.
11. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого. [Текст] / Бальсевич В.К. - М.: Физкультура и спорт, 1988. – 198с.
12. Бальсевич В.К. «Здоровье в движении» [Текст] / Бальсевич В.К.–М. «Советский спорт», 1988г.
13. Банникова Л.П. Программа Оздоровления детей в ДОУ методическое пособие. [Текст] / Банникова Л.П. - Москва 2008. – 17-29 с.

14. Безруких М. М. Сонькин В. Д., Фарбер Д. А. Возрастная физиология (физиология развития ребёнка) [Текст] / Безруких М. М. Сонькин В. Д., Фарбер Д. А. – М.: Академия, 2009 г.
15. Богословский В. П. «Сборник инструктивно-методических материалов по физическому воспитанию», [Текст] / Богословский В. П. – М. Просвещение, 1984 г.
16. Вавилова Е. Н. Укрепление здоровья детей. [Текст] / Вавилова Е. Н. – М.: Просвещение, 1986
17. Влияние закаливания на физическую активность дошкольника [Эл. ресурс]: <http://www.menobr.ru/> дата обращения 20.04.16 г.
18. Влияние закаливающих процедур на физические качества дошкольника [Эл. ресурс]: <http://www.sportmedicine.ru/> Дата обращения 29.12.15 г.
19. Воронцова И.М., Беленький Л.А. Закаливание детей с применением интенсивных методов. Метод. рекомендации. [Текст] / Воронцова И.М., Беленький Л.А. - С.-Петербург: Медицина, 2003. – 324с.
20. Гаврючина Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ. Методическое пособие. [Текст] / Гаврючина Л.В. - М., 2007.-160 с.
21. Голубев В.В., Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста. [Текст] / Голубев В.В., - Москва. Изд-во Академия 2013 г. - 4-15 с.
22. Голубева И.А. Прилепина. Закаливание дошкольника. Под редакцией Доскина В.А. [Текст] / Голубева И.А. - Москва - Просвещение 2007- 20-25 с.
23. Гориневский В.В. Гигиена физических упражнений и спорта. [Текст] / Гориневский В.В.- - М.: Высш., и Моск. сов. физкультуры, 1925. – 212с.
24. Двигательная активность детей дошкольного возраста [Эл. ресурс]: <http://www.moluch.ru/> Дата обращения 24.04.16 г.
25. Жук В. А., Мартыненко Н.П. Эффективная методика двигательной подготовки школьников. Пути повышения физической культуры

- школьников. [Текст] / Жук В. А., Мартыненко Н.П. – Омск: ОГПИ, 1989.
- 26.Занятия на воздухе [Эл. ресурс]: <http://zdravoe.com/> Дата обращения 16.03.16 г.
- 27.Здоровьесберегающие технологии [Эл. ресурс] : <http://spravka.komarovskiy.net/> Дата обращения 1.02.16 г.
- 28.Змановский Ю. Ф. Воспитаем детей здоровыми. [Текст] / Змановский Ю. Ф.– М.: Медицина, 1989. 128 с
- 29.Киркина И. Здоровье – Стиль жизни Современные оздоровительные процедуры в детском саду. [Текст] / Киркина И. - Образовательные проекты; М: НИИ школьных технологий . 2008.- 35-40 с.
- 30.Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии. [Текст] / Ковалько В.И. - М.: ВАКО, 2007.-296 с.
- 31.Колгушкин А.Н. Целебный холод воды. [Текст] / Колгушкин А.Н. – М., 1986. - 365с.
- 32.Колгушкин А.Н., Короткова Л.И. Лекарства от простуды . Физкультура и спорт. [Текст] / Колгушкин А.Н., Короткова Л.И. – 2001. – № 2. – С.95-168.
- 33.Концепция физического образования детей и подростков. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. [Текст] / 2003 – №1. – С. 5-10.
- 34.Кучма, В.Р. Гигиена детей и подростков: учебн. [Текст] / /Кучма В.Р. М. Медицина, 2003. - 168 с.
- 35.Лищук, В. А. Основы здоровья. Актуальные задачи, решения, рекомендации. [Текст] / Лищук, В. А. – М.: РАМН, 1994.134 с.
- 36.Лукьянов В. С. О сохранении здоровья и работоспособности. [Текст] / Лукьянов В. С. – М.: Медгиз, 1952, 136 с.
- 37.Малахов Г.П. Закаливание и водолечение. [Текст] / Малахов Г.П. - М.: Сталкер, 2007. - 105с.
- 38.Маркасян А.А. Физиология. [Текст] / Маркасян А.А. – Изд.7, 1971 г.

- 39.Методика проведения закаливающих процедур [Эл. ресурс] : <http://www.menobr.ru/> Дата обращения 23.01.16 г.
- 40.Методика проведения упражнений на укрепление физических качеств [Эл. ресурс] : <http://uchebniki-online.com> Дата обращения 21.11.15 г.
- 41.Методические рекомендации по закаливанию детей в дошкольных учреждениях. [Текст] / – М., 1999. – 45 с.
- 42.Методические рекомендации по закаливанию детей в дошкольных учреждениях. [Текст] / - М.,1999. – 45 с.
- 43.Мирзоев О.М. Применение восстановительных средств в спорте. [Текст] / Мирзоев О.М. - М.: Изд. Физкультура и спорт, 2004. - 230с.
- 44.Наталов Г. Г. Введение в физическую культуру. [Текст] / Наталов Г. Г. – Краснодар, 1995
- 45.Нестеров В. А. Двигательная деятельность и физическое состояние детей и подростков. [Текст] / Нестеров В. А. – Хабаровск, ДВГАФК, 2001.
- 46.Николаев А. Д. О культуре физической, ее теории и системе физкультурной деятельности. [Текст] / Николаев А. Д. – Теория и практика физкультуры, 1997, №6 с.2-10.
- 47.Оганов В. С. Гипокинезия - фактор риска остеопороза. [Текст] / Оганов В. С. – ГНЦ РФ, Институт медико-биологических проблем Медицинский научно-практический журнал «Остеопороз и остеопатии», №1, [Текст] / Оганов В. С. - 1998. С.65-67.
- 48.Онучин Н.А. Закаливание. Массаж. Гимнастика. [Текст] / Онучин Н.А. - М.: АСТ, 2005. - 158 с.
49. Понятие здоровье [Эл. ресурс] : <http://www.grandars.ru/> Дата обращения 15.04.16 г.

50. Попов С.Н. Лечебная физическая культура. [Текст] / Попов С.Н. - М.: Физкультура и спорт, 1978. - 325с.
51. Праздников В.П. Закаливание детей дошкольного возраста. [Текст] / Праздников В.П. - М.: Медицина, 2002. - 220с.
52. Программа "Воспитание и обучение в детском саду" под ред. М.А.Васильевой [Эл. ресурс] : <http://sad-sosenka.ru/> Дата обращения 31.05.16 г.
53. Сивцова А.М. Использование здоровьесберегающих педагогических технологий в дошкольных образовательных учреждениях. [Текст] / Методист. – 2007. - 70-90 с.
54. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе педагога. М.2002- 50-55 с.
55. Совмещение закаливающих процедур с укреплением физических качеств [Эл. ресурс] : <http://www.menobr.ru/> Дата обращения 1.05.16
56. Солодков А. С., Сологуб Е. Г. Физиология человека общая, спортивная, возрастная. [Текст] / Солодков А. С., Сологуб Е. Г. – М.: Тера-спорт, 2001, 520 с.
57. Сонькин, В. Д. Возрастная физиология. Физиология развития ребенка. [Текст] / Сонькин, В. Д. – М.: 2000
58. Сперанский Е. Д., Заблудовская. Закаливание ребенка раннего и дошкольного возраста . [Текст] / М., 1964 – 156-159 с.
59. Спиридонов Н. И. Самовнушение, движение, сон, здоровье. [Текст] / Спиридонов Н. И. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Физкультура и спорт, 1987. 395с.
60. Толкачев Б.С. Физкультурный заклон ОРЗ. [Текст] / - М.: Педагогика, 2004. - 253с.
61. Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления детей: Материалы конференции. [Текст] / - Дубна, 1992. - 134с.

- 62.Трешутин В.А., Щепин В.О. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения. [Текст] / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. М.,2001. - 256с.
- 63.Трусонов М. М. Патогенетические основы врачебной тактики при частых ОРЗ у детей. [Текст] / Автореферат.- М., 1987.- 28 с.
- 64.Тупицын, И. О. Развитие системы кровообращения: Физиология развития ребенка (теоритические и прикладные аспекты). [Текст] / Тупицын, И. О. – М.: Образование от А до Я, 2000. С. 148-165.
- 65.Фомин Н. А., Вавилов Ю. Н. Физиологические основы двигательной активности. [Текст] / Фомин Н. А., Вавилов Ю. Н. – М.: Физкультура и спорт, 1991. 224с.
- 66.Шишкина В. А. Движение плюс движение. [Текст] / Шишкина В. А. – М.: Просвещение, 1992. 94 с.
- 67.Щедрина, А. Г. Онтогенез и теория здоровья. Методологические аспекты [Текст] / – А. Г. Щедрина. – Новосибирск: Наука, 1989. 136 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Результаты медицинских карт воспитанников

ФИ ребенка	I группа здоровья	II группа здоровья	III группа здоровья
<i>Контрольная группа</i>			
Ильин Костя	+		
Макаров Макар		+	
Макаров Тимур		+	
Закожурников		+	
Шевнин Вова	+		
Макарова Настя		+	
Иванова Лера	+		
Силантьева	+		
Загуменных	+		
Ильина Алена			+
<i>Экспериментальная группа</i>			
Коваль Артем		+	
Попов Коля			+
Сельников		+	
Грошев Вова	+		
Анкин Матвей		+	
Мелентьев Олег	+		
Комина Алена	+		
Киряева Лиза	+		
Мартынова Оля		+	
Попова Даша			+

Приложение 2

Анализ статистики простудных заболеваний в начале года и после
проведения закаливающих процедур 2015-2016 гг.

ФИ	Сент. 2015	Окт. 2015	Ноя. 2015	Дек. 2015	Янв. 2016	Фев. 2016	Март 2016
Контрольная группа							
Ильин Костя	+			+			+
Макаров Макар		+	+				
Макаров Тимур	+				+		
Закожурников Илья				+	+		
Шевнин Вова	+		+				+
Макарова Настя		+		+	+		+
Иванова Лера	+				+		
Силантьева Лиза		+					+
Загуменных Настя				+			
Ильина Алена		+				+	
Экспериментально группа							
Коваль Артем	+			+			
Попов Коля			+			+	
Сельников Максим		+					
Грошев Вова	+			+			
Анкин Матвей							+
Мелентьев Олег		+					
Комина Алена			+		+		
Киряева Лиза	+						
Мартынова Оля				+			
Попова Даша		+					+

Протокол тестирования детей контрольной группы (тест «прыжок в
длину с места»)

п/п	№	Ф.И	Исходный Результат (см.)	Итоговый результат (см.)
	1	Ильин Костя	90	96
	2	Макаров Макар	93	97
	3	Макаров Тимур	91	95
	4	Закожурников Илья	95	99
	5	Шевнин Вова	99	104
	6	Макарова Настя	97	103
	7	Иванова Лера	96	103
	8	Силантьева Лиза	99	107
	9	Загуменных Настя	91	99
	1	Ильина Алена	94	102
	М		94,5	100,5

Протокол тестирования детей экспериментальной группы (тест
«прыжок в длину с места»)

п/п	№	Ф.И	Исходный Результат (см.)	Итоговый результат (см.)
	1	Коваль Артем	95	101
	2	Попов Коля	95	102
	3	Сальников Максим	92	97
	4	Грошев Вова	97	103
	5	Анкин Матвей	94	104
	6	Мелентьев Олег	99	105
	7	Комина Алена	95	103
	8	Киряева Лиза	93	99
	9	Мартынова Оля	94	100
	1	Попова Даша	95	100
	М		94,9	101,4

Приложение 4

Протокол тестирования детей контрольной группы (тест «бег на 30 метров»)

№ п/п	ФИ ребенка	Исходный результат (с.)	Итоговый результат (с.)
1	Ильин Костя	8,4	8
2	Макаров Макар	8,2	7,7
3	Закожурников Илья	8,6	7,9
4	Шевнин Вова	8,4	8
5	Макарова Настя	8,5	7,9
6	Иванова Лера	8,3	7,8
7	Силантьева Лиза	8,7	8,1
8	Макаров Тимур	8,4	7,7
9	Зигуменных Настя	8,5	8
10	Ильин Алена	8,3	7,8
М		8,43	7,89

Приложение 5

Протокол тестирования детей экспериментальной группы (тест «Бег на 30 метров»)

№ п/п	ФИ ребенка	Исходный результат(с.)	Итоговый результат(с.)
1	Коваль Артем	8,3	7,7
2	Попов Коля	8,2	7,7
3	Сальников Максим	8,2	7,1
4	Грошев Вова	8,4	7,7
5	Анкин Матвей	8,5	7,9
6	Мелентьев Олег	8,4	7,8
7	Комина Алена	8,5	7,8
8	Киряева Лиза	8,6	7,8
9	Мартынова Оля	8,5	7,5
10	Попова Даша	8,5	7,6
М		8,41	7,66

Приложение 6

Протокол тестирования детей контрольной группы («попадание теннисным мячом в корзину»)

№ п/п	ФИ ребенка	Исходный результат (раз)	Итоговый результат (раз)
1	Ильин Костя	4	8
2	Макаров Макар	5	9
3	Закожурников Илья	5	7

4	Шевнин Вова	5	8
5	Макарова Настя	6	9
6	Иванова Лера	5	7
7	Силантьева Лиза	4	7
8	Макаров Тимур	7	10
9	Зигуменных Настя	5	9
10	Ильин Алена	5	7
М		5,1	8,1

Приложение 7

Протокол тестирования детей экспериментальной группы («попадание теннисным мячом в корзину»)

№ п/п	ФИ ребенка	Исходный результат (раз)	Итоговый результат(раз)
1	Коваль Артем	6	9
2	Попов Коля	6	9
3	Сальников Максим	7	9
4	Грошев Вова	5	8
5	Анкин Матвей	6	10
6	Мелентьев Олег	6	10
7	Комина Алена	7	10
8	Киряева Лиза	8	9

9	Мартынова Оля	6	8
10	Попова Даша	7	10
М		6,4	9,2

Приложение 8

Протокол тестирования детей контрольной группы («Челночный бег 3х10 м»)

№ п/п	ФИ ребенка	Исходный результат(с.)	Итоговый результат(с.)
1	Ильин Костя	11,4	10,6
2	Макаров Макар	11,2	10,2
3	Закожурников Илья	11,5	10,7
4	Шевнин Вова	11,4	10,6
5	Макарова Настя	11,2	10,1
6	Иванова Лера	11,6	11
7	Силантьева Лиза	11,3	10,4
8	Макаров Тимур	11,5	10,7
9	Зигуменных Настя	11,4	10,6
10	Ильин Алена	11,6	10,8
М		11,41	10,57

Приложение 9

Протокол тестирования детей экспериментальной группы («Челночный бег 3х10 м»)

№ п/п	ФИ ребенка	Исходный результат (с.)	Итоговый результат (с.)
1	Коваль Артем	11,2	10,3
2	Попов Коля	11,3	10,4
3	Сальников Максим	11,3	10,2
4	Грошев Вова	11,4	10,4
5	Анкин Матвей	11,5	10,8
6	Мелентьев Олег	11,2	10,3
7	Комина Алена	11,5	10,7
8	Киряева Лиза	11,6	10,8
9	Мартынова Оля	11,3	10,5
10	Попова Даша	11,3	10,4
М		11,36	10,48

Приложение 10

Протокол тестирования детей контрольной группы (тест на равновесие
(проба Ромберга))

№п /п	ФИ ребенка	Исходный результат (с.)	Итоговый результат (с.)
1	Ильин Костя	12	17
2	Макаров Макар	10	15
3	Закожурников Илья	10	16
4	Шевнин Вова	11	17
5	Макарова Настя	9	14
6	Иванова Лера	11	16
7	Силантьева Лиза	11	17
8	Макаров Тимур	13	18
9	Зигуменных Настя	11	17
10	Ильин Алена	10	15
М		10,8	16,2

Приложение 11

Протокол тестирования детей экспериментальной группы (тест «на равновесие (проба Ромберга)

п/п	№	ФИ ребенка	Исходный результат (с.)	Итоговый результат (с.)
	1	Коваль Артем	11	15
	2	Попов Коля	10	16
	3	Сальников Максим	11	16
	4	Грошев Вова	11	17
	5	Анкин Матвей	10	16
	6	Мелентьев Олег	12	18
	7	Комина Алена	13	18
	8	Киряева Лиза	11	17
	9	Мартынова Оля	10	16
	10	Попова Даша	11	17
	М		11	16,6